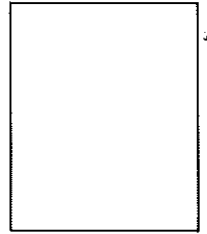


ใบสมัครขอรับทุน
หลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓
(โควตาโรงพยาบาลหนองคาย)



๑. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
๒. เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. รวมอายุ.....ปี
๓. ปัจจุบันปฏิบัติงานที่.....
๔. เคยฝึกปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ ที่..... ปี พ.ศ.
๕. ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัย.....
ปีการศึกษา.....ด้วยคะแนนเกรดเฉลี่ย.....
๖. ได้รับวุฒิปริญญาผู้เชี่ยวชาญ(วว./อบ.) สาขา.....
จากมหาวิทยาลัย.....ปีการศึกษา.....
๗. ขอสมัครรับทุนแพทย์ประจำบ้านโควตาโรงพยาบาลหนองคาย ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓ ตามสาขา ดังนี้
(กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสาขาที่ต้องการสมัคร)
- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว (๓) | <input type="radio"/> สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (๒) |
| <input type="radio"/> สาขาประสาทวิทยา (๑) | <input type="radio"/> สาขาอายุรศาสตร์ (๒) |
| <input type="radio"/> สาขาศัลยศาสตร์หลอดเลือด (๑) | <input type="radio"/> อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคระบบหายใจ(๑) |
| <input type="radio"/> สาขาศัลยศาสตร์ (๑) | และภาวะวิกฤตโรคระบบการหายใจ |
๘. หลักฐานการสมัครได้แก่
- ๘.๑ Transcript จำนวน ๑ ฉบับ
- ๘.๒ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ แผ่น
- ๘.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- ๘.๔ หลักฐานอื่นๆ ที่แสดงความสามารถพิเศษหรือใบประกาศเกียรติคุณ (ถ้ามี)
๙. ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า หากข้าพเจ้าได้รับคัดเลือกให้เข้าศึกษาหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓ สาขา.....โควตาโรงพยาบาลหนองคาย แล้ว ข้าพเจ้าจะกลับมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลหนองคาย เป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑ เท่า ของระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา พร้อมนี้ หากโรงพยาบาลหนองคาย ต้องการทราบข้อมูลหรือรายละเอียดอื่นๆ เพิ่มเติม โปรดติดต่อกับข้าพเจ้าได้ที่เบอร์มือถือ.....E-mail.....

(ลงชื่อ)..... ผู้สมัคร
(.....)
ตำแหน่ง

๑๐. ในกรณีนี้ กลุ่มงาน..... พิจารณาแล้ว เห็นสมควรรับสมัครแพทย์รายดังกล่าวนี้ เป็นทุนต้นสังกัดโรงพยาบาลหนองคาย สำหรับรายละเอียดการดำเนินการต่างๆ ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการที่เกี่ยวข้อง ต่อไป

(ลงชื่อ)..... หัวหน้ากลุ่มงาน
(.....)
ตำแหน่ง